

Questionnaire patient



NOM :

Prénom :

Date de naissance :

Adresse postale :

Adresse Mail :

Numéro de téléphone :

Ce questionnaire a pour objectifs de nous aider à mieux vous connaître et à mieux comprendre vos attentes envers la sophrologie afin de répondre au mieux à votre demande. Il n'y a donc pas de bonnes ou de mauvaises réponses.

1. Que faites-vous régulièrement pour passer un moment agréable, pour votre bien-être physique et/ou psychologique ? *(loisirs, soins du corps, sports, partager un moment avec des ami(e)s/de la famille, faire des projets professionnels/personnels, s'inscrire à une activité, se remémorer des souvenirs agréables, acheter quelque chose qui vous fait plaisir, faire un bon repas...etc.)*

.....
.....
.....

2. Avez-vous l'habitude de prendre du temps pour prendre soin de votre corps ?

☐ Oui ☐ Non

Si oui, que faites-vous pour cela ?

.....

Si non, pouvez-vous dire pourquoi ?

.....

3. Parlez-vous facilement de votre maladie ?

☐ Oui ☐ Non ☐ Ne sais pas

Lorsque vous le faites, qu'avez-vous besoin d'exprimer *(votre stress, vos symptômes, les efforts au quotidien que cela vous demande...etc.)* ?

.....

Si vous n'avez pas l'habitude de parler de votre maladie, pouvez-vous dire pourquoi ? (*« je n'en ressens pas le besoin », « on m'a appris à garder les choses pour moi », « j'ai des difficultés à m'exprimer à ce sujet même si j'aimerais parfois le faire », « j'ai peur d'embêter les autres »...etc.*)

.....

.....

.....

4. Comment pourriez-vous définir votre rapport à la maladie (plusieurs réponses possibles) ?

- ☐ Je lutte contre elle
- ☐ Je fais comme si la maladie n'est pas là plupart du temps
- ☐ Je cherche à trouver ce qu'elle peut amener de positif dans ma vie
- ☐ Je suis en colère contre ce qui m'arrive
- ☐ Je participe activement à mes soins, au réaménagement de mon quotidien, je fais des projets
- ☐ Je me dis que mes symptômes ne sont pas si graves, que ça ira mieux
- ☐ Je pense que ma maladie m'empêche d'être autonome physiquement (logement, déplacement dans les rendez-vous...)
- ☐ Je pense avoir plus besoin de soutien moral pour réussir les choses, prendre des décisions qu'auparavant
- ☐ Je pense que je ne peux rien faire pour l'empêcher d'évoluer
- ☐ Je recherche toutes choses qui peuvent m'aider à me sentir mieux
- ☐ Tout tourne autour de ma maladie
- ☐ Je m'investis dans des associations de patients atteints de sclérose en plaques
- ☐ Autre (précisez) :

5. Parlez-vous souvent de ce que vous ressentez, de vos émotions ?

- ☐ Jamais ☐ Rarement ☐ Quelquefois ☐ Souvent
- ☐ Très souvent

Si vous n'avez pas l'habitude d'exprimer vos émotions, pouvez-vous dire pourquoi ? (*« je n'en ressens pas le besoin », « on m'a appris à garder les émotions pour moi », « j'ai des difficultés à les exprimer devant quelqu'un même si j'aimerais parfois le faire », « j'ai peur d'embêter les autres », « je préfère avoir des émotions quand je suis seul(e) », « je ne sais pas à qui les exprimer », « je pourrais paraître faible »...etc.*)

.....

.....

.....

6. Vous sentez-vous perturbé dans votre sommeil ?

- ☐ Jamais ☐ Rarement ☐ Quelquefois ☐ Souvent
☐ Très souvent ☐ En permanence

Pourquoi ?

.....
.....

7. Diriez-vous que vous êtes quelqu'un qui sait se reposer ?

- ☐ Oui ☐ Non ☐ Ne sais pas

Pourquoi ?

.....
.....

8. Ressentez-vous des symptômes liés au stress ?

- ☐ Oui ☐ Non
☐ Ne sais pas (il m'est difficile de faire la différence entre les symptômes du stress et ceux de la SEP)

Si oui, lesquels (plusieurs réponses possibles) ?

- ☐ Contractions musculaires ☐ Douleurs dans la poitrine ☐ Troubles du sommeil
☐ Diarrhée ☐ Envies d'uriner très fréquentes ☐ Démangeaisons
☐ Trouble de la concentration ☐ Mal de tête ☐ Mal de ventre
☐ Autres (précisez) :

9. Avez-vous des difficultés cognitives (liées à la mémoire, à la concentration...etc.) ?

- ☐ Oui ☐ Non

Si oui, lesquelles (plusieurs réponses possibles) ?

- ☐ Se concentrer longtemps sur la même tâche (lecture, ordinateur, travail...etc.)
☐ Etre obligé de relire plusieurs fois la même chose pour se rappeler du sujet/de l'histoire
☐ Décrocher pendant une activité
☐ Perdre le fil d'une conversation
☐ Se rappeler les rendez-vous
☐ Avoir du mal à répartir les choses à faire dans le temps
☐ Se sentir tout le temps ralenti/avoir la sensation que les informations sont données trop rapidement
☐ Autres (précisez) :

10. Avez-vous déjà pratiqué la sophrologie ou des disciplines apparentées (yoga, qi gong, tai chi chuan, mindfulness...etc.)

☐ Oui

☐ Non

Si oui, quel(s) effet(s) aviez-vous ressenti ?

.....
.....
.....

11. Pratiquez-vous la sophrologie aujourd'hui ?

☐ Oui

☐ Non

12. Pratiquez-vous une autre technique de méditation/relaxation aujourd'hui ?

☐ Oui

☐ Non

Si oui, laquelle et quand ? :

13. Pratiquez-vous d'autre(s) activité(s) de santé ou de loisir aujourd'hui ?

☐ Oui

☐ Non

Si oui, la(les)quelle(s) et quand ? :

.....
.....

14. Vous est-il difficile de garder plusieurs minutes certaines positions (plusieurs réponses possibles) ?

☐ Il m'est difficile de rester debout plus de quelques minutes

☐ Il m'est difficile de garder l'équilibre sur un sol mou (ex : tapis de relaxation)

☐ Il m'est difficile de garder l'équilibre en station debout si j'ai les yeux fermés

☐ Il m'est difficile de rester assis sur une chaise de manière prolongée

☐ Il m'est difficile de changer de position seul(e) (ex : me relever sans aide, m'asseoir par terre)

15. Utilisez-vous dans votre quotidien une aide pour vous déplacer ?

☐ Non

☐ Canne, béquille(s), bâtons de marche

☐ Déambulateur

☐ Fauteuil manuel

☐ Fauteuil à assistance électrique

☐ Fauteuil électrique

☐ Autres (précisez) :

16. Si vous étiez pris dans le parcours de 8 séances proposé par le Réseau Rhône-Alpes SEP, vous sentez-vous capable de vous rendre disponible pour cette activité malgré les contraintes des horaires et de fréquence ?

☐ Oui

☐ Non

17. Disposez-vous à votre domicile d'un ordinateur ou d'une tablette pour suivre ces cours en visio ?

☐ Oui

☐ Non

Si oui, votre webcam est-elle fonctionnelle ?

☐ Oui

☐ Non

Si oui, votre micro et vos hauts parleurs sont-ils fonctionnels ?

☐ Oui

☐ Non

Si oui, êtes-vous à l'aise avec ces outils ?

☐ Oui

☐ Non

Si, non pourquoi ?.....

18. Avez-vous eu l'occasion d'utiliser des logiciels de visio ?

☐ Oui

☐ Non

Si oui, lesquels ?

Merci de votre participation